

**EVALUACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE POSTGRADO DE ANESTESIOLOGÍA
DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL EN EL AÑO 2013: EL MINI-CEX**

KAROLYNA BLANCO FERREIRA
Especialista en Anestesiología

**Ensayo como opción parcial para la obtención del título de
Especialista en Educación**

WILMAR PEÑA COLLAZOS
Tutor

**UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y HUMANIDADES
ESPECIALIZACIÓN EN EDUCACIÓN
BOGOTÁ, diciembre de 2013**

EVALUACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE POSTGRADO DE ANESTESIOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL EN EL AÑO 2013: EL MINI-CEX

Karolyna Blanco Ferreira¹

RESUMEN

Durante los últimos años se han presentado cambios en el proceso de evaluación en el programa de Anestesiología del Hospital Militar Central como respuesta a las modificaciones que se han implementado en todo el plan educativo de los estudiantes. Inicialmente se realizó, como parte del proceso, una evaluación subjetiva por parte de cada especialista asignado. Con el fin de llevar a cabo un proceso preciso y uniforme para todos los estudiantes, donde cada especialista se enfocara en los mismos aspectos tratando de hacer objetiva la evaluación, a parte de la revisión de conceptos teóricos, se diseñó, de forma empírica, un formato de evaluación que contemplaba áreas anteriormente no evaluadas -de manera oficial-: anticipación, preparación, autocontrol, liderazgo y capacidad de establecer relaciones, éste se utilizó por cuatro años pero, considerando que desde hace varios años existe una creciente preocupación por desarrollar sistemas de evaluación de la práctica profesional real - que se sitúa en el vértice de la pirámide de Miller-, se hizo una revisión de la literatura y se implementó el Mini-CEX.

PALABRAS CLAVE

Evaluación, competencias, profesionalismo, Mini-CEX, desempeño.

ABSTRACT

During the past few years the Anesthesiology Program of the Military Hospital has undertaken a series of changes as response to the modification of the whole students educative plan. Initially, a subjective evaluation from each specialist was made as a part of the process. In order to fulfill a precise and uniform process for all the students, where each specialist will focus on the same aspects trying to make the evaluation objective, besides the evaluation that involves areas formerly not evaluated -in a official manner-: anticipation, preparation, self control, leadership and capacity to establish interpersonal relations, this was used for four years but, considering that since a couple of years ago there exists a increasing preoccupation for the development of evaluation systems of the real professional practice - which situates in the vertex of the Miller pyramid-, literature was revised and Mini-CEX was implemented.

KEYWORDS

Evaluation, competencies, professionalism, Mini-CEX, performance.

¹ Especialista en Anestesiología. Hospital Militar Central, Hospital Universitario Mayor. karolynax@gmail.com

EVALUACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE POSTGRADO DE ANESTESIOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL EN EL AÑO 2013: EL MINI-CEX

LA EVALUACIÓN EN MEDICINA

La responsabilidad de la atención de los pacientes es un estímulo poderoso para el aprendizaje y para realizarlo de forma activa se requiere que los estudiantes adquieran las competencias, tanto cognitivas como técnicas, a través de la atención supervisada del paciente. La dimensión moral de la educación médica requiere además que los estudiantes y los residentes adquieran un conjunto crucial de valores profesionales y cualidades.

Como parte de la evaluación en Medicina, no sólo se incluyen conocimientos y contenidos teóricos, también se incluye la habilidad práctica, el profesionalismo, la motivación e interés por comprender mejor. Para Bacarat y Graciano (2001) "competencias son un conjunto de saberes y habilidades para resolver situaciones concretas", pero este término incluye mucho más; Elsewhere, Hundert & Epstein (2007) definen competencia -en Medicina- como el uso habitual y juicioso de comunicación, conocimiento, habilidades técnicas, razonamiento clínico, emociones, valores y reflexión en la práctica diaria que beneficia a las personas y a la comunidad a la que servimos permitiendo modificar una realidad. La calidad del cuidado y seguridad del paciente depende de la efectividad del equipo de trabajo y, aunque el desempeño en

equipo es un elemento esencial de las competencias, los expertos no se han puesto de acuerdo en cómo evaluarlo. Los cambios de contexto clínico permiten una visión más amplia de las competencias y las evaluaciones por diferentes observadores permiten obtener información desde varias perspectivas. La evaluación debe proporcionar información sobre el rendimiento real (lo que se hace habitualmente cuando no es observado), así como de la capacidad de adaptarse al cambio, encontrar y generar nuevos conocimientos y mejorar el rendimiento general. Todos los métodos de evaluación tienen fortalezas y debilidades. Usando diferentes observaciones y combinando los métodos se puede compensar parcialmente sus debilidades superando las limitaciones de las formas individuales. Las instituciones de educación médica han comenzado a implementar metodología de evaluación usando múltiples recursos que arroja datos cualitativos y cuantitativos. Es vital que los estudiantes participen en las evaluaciones ya que ésta promueve el profesionalismo, trabajo en equipo y comunicación.

Las evaluaciones en Medicina tienen tres objetivos: optimizar las capacidades de los estudiantes mediante la motivación y dirección para el aprendizaje, proteger al paciente identificando las incompetencias y dar bases para el aprendizaje avanzado. La evaluación puede ser formativa (guiada a aprendizaje futuro dando seguridad, motivando a alcanzar altos estándares, promoviendo la reflexión y valores) o sumativa (haciendo juicios generales a cerca de las competencias y prácticas dando una calificación para ascender a un nivel superior de complejidad, intentando dar al

profesional autorregulación y responsabilidad aunque pueden ser barreras para prácticas futuras).

La evaluación debe abarcar cada fase del desarrollo profesional, se utiliza durante el proceso de admisión, continúa en el postgrado o residencia y ha sido implementada en muchos programas como requerimiento para mantener una certificación. Los profesores deben enfrentar los cambios y el desarrollo de nuevas herramientas que permitan evaluar aspectos cualitativos como profesionalismo, trabajo en equipo y experticia que son difíciles de contemplar con los métodos cuantitativos.

Van der Vleuten (Epstein, 2007) describió cinco criterios para determinar la utilidad de un método particular: confiabilidad (es el grado de exactitud y reproducibilidad), validez (si se mide lo que se quiere medir), impacto en el aprendizaje y práctica futura, aceptación por los estudiantes y costo (para el estudiante, institución y sociedad).

EL MINI-CEX

Cada vez hay mayor reconocimiento de la importancia de la valoración en el sitio de desempeño en el entrenamiento médico. El Mini-CEX (mini clinical evaluation exercise), es una minievaluación del ejercicio clínico; mejor aún, es una herramienta que permite una valoración a través de la observación directa en un encuentro clínico enfocado y breve donde se evalúan habilidades y destrezas clínicas, mediante el uso de un

formato para que el supervisor dé la retroalimentación pertinente de manera inmediata en su ámbito de trabajo. El Mini-CEX recoge múltiples valoraciones realizadas por diferentes asesores. Hay un impacto educacional positivo reportado en numerosas especialidades tanto en la calidad de la supervisión como en las pruebas psicométricas. Un número de colegios para especialidades médicas han incorporado el Mini-CEX como parte de las herramientas de evaluación en sus esquemas de entrenamiento por su fácil uso y su impacto en la calidad y cantidad de retroalimentación por parte de los entrenadores.

Historia y uso del MINI-CEX

En 1972, el Comité Americano de Medicina Interna (American Board of Internal Medicine ABIM) decidió adoptar el Clinical Evaluation Exercise (CEX). El CEX, muy utilizado en nuestro medio académico al final del año o como prueba final de la carrera de especialista, consiste en un examen oral al lado de la cama del paciente. En su forma tradicional, un docente observa al residente mientras éste efectúa el interrogatorio, examina al paciente, presenta los hallazgos y la estrategia diagnóstico-terapéutica correspondiente. Al final del proceso, el docente le transmite al residente una opinión de acuerdo con su desempeño. Todo el ejercicio dura alrededor de 2 horas. Como método de evaluación, este tipo de examen tiene tres problemas centrales.

El residente es evaluado sólo por un docente, pues se sabe que puede existir discordancia entre los criterios de diferentes docentes. El residente es evaluado con base en un solo paciente. Desde el punto de vista de la especificidad de contenido, el ser competente en un caso no garantiza la competencia en otros. Más aún, el hecho que tenga una duración tan prolongada atenta contra su aplicación.

Considerando estos aspectos, en la década de los 90, el Comité Americano de Medicina Interna (American Board of Internal Medicine ABIM) desarrolló el Mini-CEX - mini-evaluación del ejercicio clínico- que se puede definir como un método de observación directa de la práctica profesional con una evaluación estructurada registrada en un formulario y posterior retroalimentación al residente/estudiante.

En 1995 apareció una investigación preliminar de Norcini a cerca del Mini-CEX realizada en cinco programas de Medicina Interna del estado de Pennsylvania. En este estudio se abordaron aspectos relacionados con la validez, la fiabilidad y la factibilidad del instrumento. En 2003, Norcini y colaboradores publican los resultados de un estudio observacional y del análisis del Mini-CEX en 21 programas de Medicina Interna en los que se recogieron 1.228 encuentros clínicos con la participación de 421 residentes y 316 observadores/evaluadores. A partir de dicho estudio se empezó a generalizar el uso del Mini-CEX como instrumento de evaluación de la competencia clínica, esencialmente en los países de cultura anglosajona y posteriormente en Europa.

Características del MINI-CEX

El Mini-CEX se enfoca en una serie de habilidades y conocimientos que el residente debe demostrar durante el encuentro con un paciente y requiere que el docente lo documente en un formato.

El Mini-CEX es fácil de aplicar por los docentes ya que se integra bien a la rutina del día a día en los diferentes escenarios, es muy sencillo utilizarlo durante un día normal de trabajo sin que altere el ritmo o procesos en los diferentes escenarios clínicos. El tiempo estimado de esta interacción no debe superar los veinte minutos por ocho veces al año con cada residente y bajo la supervisión de diferentes docentes, para cada estudiante uno. Un solo docente observa y evalúa a un residente mientras realiza la historia clínica y el examen físico a un paciente. Luego de solicitarle al residente que realice un diagnóstico y que indique el tratamiento pertinente para el paciente, el docente completa un breve formulario de evaluación y le da al residente un concepto sobre su desempeño, como retroalimentación. Teniendo en cuenta que el encuentro es relativamente breve y que se lleva a cabo naturalmente como parte del proceso de entrenamiento, es muy probable que cada residente pueda ser evaluado en varias ocasiones por diferentes docentes durante el programa de residencia.

Hay tres aspectos claves en la aplicación del Mini-CEX: 1) desempeño profesional, 2) observación directa y 3) retroalimentación constructiva.

- **Desempeño profesional**

El desempeño profesional competente se define como la capacidad de enfrentar eficientemente problemas de la práctica en diferentes escenarios utilizando conocimientos, habilidades y el criterio asociado con la profesión. El desempeño profesional es multidimensional, el contacto con los pacientes obliga al médico a integrar y ejecutar de manera organizada diferentes habilidades y destrezas clínicas como la conducción de la entrevista, realización del examen físico, el criterio clínico, el profesionalismo y las indicaciones que se le dan al paciente.

El desempeño profesional está fuertemente influido por el contexto ya que la competencia demostrada en un contexto determinado (por ejemplo en salas de cirugía) no garantiza de forma automática un desempeño satisfactorio en otro contexto (salas de maternidad). Esto se conoce como la especificidad de contenido del desempeño profesional. Ello implica que si se quiere inferir conclusiones generales sobre la competencia de un residente es necesario llevar a cabo evaluaciones a través de diferentes contextos y escenarios y en diferentes casos, la habilidad se caracteriza por el único, elaborado y bien organizado cuerpo de conocimientos que son a menudo revelados bajo circunstancias especiales desencadenantes por lo que es difícil evaluar ese conocimiento en situaciones básicas; se observa capacidad de comunicación, conocimiento y razonamiento. Eisenach (2012) sugirió que para llegar al profesionalismo se deben alcanzar valores o principios fundamentales dados por la honestidad, la integridad, la fiabilidad, la responsabilidad, el respeto por los demás, la

compasión, la empatía, la autosuperación, la consciencia, el conocimiento de los límites, la comunicación, la colaboración y el altruismo.

Miller (Alves A & Van der Vleuten, 2011) conceptualiza el desempeño profesional como una pirámide: la base está compuesta por conocimiento fáctico. Un nivel más arriba, la habilidad para usar el conocimiento en un contexto específico, el “saber cómo” (know how), este último referido al razonamiento clínico y a la resolución de problemas. Un nivel más arriba, el “mostrar cómo” (show how), que refleja la capacidad del individuo de actuar apropiadamente en una situación práctica y que describe el comportamiento de “manos a la obra” en una situación simulada o de práctica. Finalmente, el nivel superior se refiere al “hacer”, es decir, al desempeño real en una práctica habitual. Cuanto más alta se encuentre la habilidad evaluada en la pirámide, más auténtica clínicamente deberá ser la evaluación. Si los docentes desean evaluar a los residentes en el nivel más alto de la pirámide de Miller, necesitarán evaluar su desempeño habitual en su práctica cotidiana.

- **Observación directa**

La evaluación del desempeño profesional a través de la observación directa del residente, quien interactúa con el paciente, es una herramienta de incalculable valor. La observación directa aplicada en forma regular facilita, por un lado, el seguimiento longitudinal del residente y, por el otro, permite corregir o reforzar in situ o en vivo acciones y actitudes de su desempeño. El docente plasma los resultados de la

observación en un formulario y, por lo general, lo califica a través de una escala numérica, en una lista de cotejo.

- **Feedback o retroalimentación constructiva**

Se define como el acto de brindar información a un residente describiendo su desempeño en la situación clínica observada. Las partes de este análisis son: la observación de un evento, un concepto por parte del docente a cerca del desempeño (de acuerdo con un patrón o estándar previamente establecido) y una recomendación para mejorar. El mayor impacto se obtiene cuando el residente compara la devolución del docente con su propio desempeño. La discordancia entre el desempeño deseado y el realizado es un potente generador de motivación y de aprendizaje profundo. El propósito es guiar o mejorar futuros desempeños alineados a los objetivos deseados.

DESARROLLO DE COMPETENCIAS MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL MINI-CEX

El Mini-CEX permite evaluar las siguientes competencias:

- Habilidades de entrevista clínica: facilita las explicaciones del paciente, la entrevista es estructurada y exhaustiva, hace preguntas adecuadas para obtener de forma precisa la información del paciente, responde apropiadamente a expresiones claves verbales y no verbales del paciente.

- Habilidades de exploración física: exploración apropiada a la clínica, sigue una secuencia lógica y sistemática, brinda explicación al paciente y muestra sensibilidad a la comodidad y privacidad del paciente.
- Juicio clínico: realiza una orientación diagnóstica adecuada con un diagnóstico diferencial, formula un plan de manejo coherente con el diagnóstico, da indicaciones de forma secuencial, solicita estudios adicionales apropiados considerando riesgos y beneficios. El juicio implica manejar problemas ambiguos o sin estructura, explicar adecuadamente, conocer las excepciones de las reglas y, bajo situaciones de estrés, cambiar uno de varios cursos de acción de forma aceptable.
- Profesionalismo/humanismo: el residente muestra respeto al paciente y crea un ambiente de confianza, se comporta de forma ética, considera los aspectos legales del caso, está atento a las necesidades del paciente en términos de confidencialidad e información, maneja la ansiedad, tiene autocontrol.
- Habilidades de comunicación: utiliza lenguaje acorde a cada paciente, es franco, considera las expectativas del paciente y su familia, instruye a cerca de conducta a seguir, explica riesgos y beneficios, obtiene el consentimiento del paciente y/o familiar.

- Organización y eficiencia: sabe priorizar, tiene buena gestión de tiempo y recursos, organiza, es proactivo, hace derivaciones adecuadas, es concreto, puede trabajar en equipos interdisciplinarios.

Cada una de las competencias que se deben valorar tiene unos puntos que han de facilitar la homogeneidad de los observadores a la hora de evaluar a los residentes. La definición y el consenso de estos puntos es uno de los elementos clave del Mini-CEX. Es importante que los puntos se discutan y acuerden por parte de los distintos observadores y que, de vez en cuando, haya una discusión sobre casos concretos. Esto nos llevará a disminuir la variabilidad inter-observador.

El desempeño de las seis competencias se evalúan en una escala numérica de 1 a 9, donde 1, 2 y 3 indican desempeño insatisfactorio, mientras 4, si bien formalmente representa una calificación satisfactoria, denota un desempeño límite o marginal que el residente debe mejorar para que pueda alcanzar los objetivos mínimos para su certificación como especialista; 5 y 6 desempeño satisfactorio y 7, 8 y 9 desempeño destacado.

Información adicional que recoge el Mini-CEX

Adicionalmente a los datos numéricos del desempeño, el formulario permite recolectar datos del paciente como edad, sexo, motivo de consulta, si el paciente consulta por primera vez o es control, el lugar en donde se realiza la observación del

encuentro, la complejidad del caso y si durante el encuentro se ha hecho más hincapié en cuestiones vinculadas a la recolección de datos, al diagnóstico, al tratamiento o a la comunicación entre el residente y el paciente.

Aspectos psicométricos del Mini-CEX

Los aspectos que fundamentalmente se estudian en este apartado son la validez y la fiabilidad del instrumento. Por otra parte, sabemos que en el análisis de estos aspectos tendremos en cuenta si la evaluación que llevamos a cabo tiene una finalidad formativa, sumativa o ambas. Las características propias del Mini-CEX, como son su realización en pacientes reales, en entornos diferentes, en casos de distinta complejidad, etc., le otorgan la validez suficiente para ser utilizado tanto en la evaluación formativa como sumativa. Nos remitimos a los estudios de Holmboe (2003) y Norcini (2003), entre otros. Sabemos que en el uso sumativo de un instrumento, la fiabilidad es un elemento crítico, señalan que puede haber una fiabilidad adecuada (coeficiente por encima de 0,80) sobre la base de unos seis encuentros clínicos por año valorados por observadores distintos. Así mismo, se ha estudiado la formación de los evaluadores y su incidencia en la fiabilidad de inter-evaluadores.

Hasta el momento se encuentran publicados varios estudios que demostraron que el Mini-CEX es una herramienta válida, con niveles de reproducibilidad adecuados (sobre la base de al menos 8 encuentros al año evaluados por docentes diferentes), con

impacto educativo favorable y aceptación satisfactoria por parte de docentes y estudiantes.

ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN DEL MINI-CEX

La introducción y la aplicación de cualquier instrumento de evaluación requiere la libre aceptación de los docentes. Esto es particularmente importante en las evaluaciones basadas en la observación directa del desempeño profesional. Es de vital importancia que los docentes definan de antemano qué competencias se van a evaluar y cuáles son los estándares de desempeño mínimos que deberán alcanzar los residentes.

Al momento de introducir el Mini-CEX en un programa de residencia es esencial que los directores del programa y los docentes involucrados en la evaluación del desempeño definan estándares mínimos para cada año de entrenamiento con el fin de facilitar la evaluación longitudinal de cada uno de los residentes. Esto tiene particular importancia cuando el Mini-CEX se aplica con carácter sumativo, es decir, cuando define la aprobación o no aprobación de una rotación o un periodo de estudio.

Pasos para la implementación:

1. Analice, con los docentes involucrados, cada una de las competencias a evaluar.

2. Identifique qué es importante observar.
3. Defina los requerimientos mínimos para cada residente de acuerdo con su nivel de experiencia.
4. Distribuya formularios en los escenarios de observación.
5. Agende la sesión con el residente.
6. Observe el desempeño.
7. Diligencie el formulario.
8. Realice la retroalimentación en forma inmediata.

Lo ideal es aplicar el Mini-CEX al menos 8 veces al año con docentes distintos. Hay que diseñar una base datos que incluya toda la información reunida en los formularios con el fin de reflexionar sobre el desempeño de los residentes, así como determinar si han sido expuestos a situaciones representativas de la práctica real del día a día. Por parte del observador, algunos aspectos prácticos que se deben tener en cuenta son los siguientes:

- Conocimiento por parte del observador del nivel esperado-exigible del residente/estudiante.
- Familiarización con el formato y los aspectos valorados (puntos de las competencias).
- Concentración y atención.
- Presentación al paciente, si fuera necesario.
- Posición del observador: ángulo de visión que no interfiera con la actividad.

- Está demostrado que la evaluación influye en el estilo de aprendizaje de los residentes. Por ejemplo si evaluamos el desempeño de los residentes sobre la base de pacientes agudos, hospitalizados en áreas críticas, estaremos ante residentes cuya mayor habilidad será el cuidado de pacientes con problemas poco prevalentes y de alta complejidad.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Todo el proceso de la evaluación en Medicina requiere una reestructuración que responda no sólo a las innovaciones científicas o tecnológicas sino a las circunstancias sociales y económicas mundiales.

Tanto docentes como estudiantes debemos asumir que la competencia no es un logro sino un hábito de toda la vida. La competencia demostrada en un contexto determinado no garantiza de forma automática un desempeño satisfactorio en otro contexto por lo que se requiere la evaluación en diferentes contextos, situación que se puede ejecutar con el Mini-CEX. El ambiente de Anestesia es particularmente adecuado para aplicar el Mini-CEX ya que residentes y especialistas trabajan juntos lo que brinda oportunidad para observación y retroalimentación. Como todos los métodos de evaluación, el Mini-CEX en Anestesia tiene fortalezas y debilidades. Entre las fortalezas están: su facilidad de aplicación, el impacto educacional positivo y la posibilidad de desenvolverse en ambientes reales bajo supervisión constante donde el

estudiante se enfrenta a eventos críticos en Anestesia que requieren toma decisiones rápidas, eficaces y acertadas y la literatura (Weller et al., 2011) reporta amplia aceptación entre docentes y estudiantes -el grado de satisfacción (de 1 a 10) fue 7,2 y 7,3 respectivamente. Entre las debilidades se encuentra que el registro puede realizarse de forma infrecuente e inapropiada, los formularios de evaluación al final de algunas rotaciones son diligenciados por docentes que no observaron directamente el desempeño del residente. Puede existir variabilidad de las calificaciones de los asesores pero su adecuado y oportuno entrenamiento puede disminuir posibilidad de esto. El hecho que cada residente sea evaluado por varios instructores reduce la posibilidad de sesgo. A pesar de no ser un instrumento perfecto, su revisión de las seis competencias es una aproximación para evaluar el saber hacer, saber ser, saber aprender y saber convivir considerando la persona como ser holístico.

Fomentar la cultura de evaluación continua estimula a los estudiantes para la utilización del pensamiento reflexivo para planificar, monitorear y autoevaluarse, lo cual permite generar experiencias de autocrítica y reflexión para el crecimiento, la madurez del conocimiento y la autonomía personal.

Considerando que cada proceso de aprendizaje es multifactorial y posee una amplia variación inter e intra individual en los niveles de ejecución, determinado en gran parte por los atributos de cada residente e influenciado por características institucionales como el número y el tipo de pacientes, las técnicas utilizadas, la cantidad de docentes con relación a los residentes, el método de selección de los residentes y los métodos

de supervisión. El formato Mini-CEX debería diseñarse de manera individual contemplando los aspectos mencionados, aunque hacerlo de esta forma representaría mayor inversión de tiempo y dedicación por parte del docente. Al generalizar la aplicación de un mismo formato para todos los residentes dejamos de lado las características propias de cada estudiante, su multidimensionalidad llegando finalmente a un desconocimiento de la individualidad.

En cuanto a los métodos para evaluar los datos cuantitativos son igual de reales, tienen la misma validez y utilidad que los cuantitativos, pero la Universidad finalmente solicita a cada docente una calificación del residente.

Cabe la pena mencionar que, aunque el Mini- CEX brinda cabida a la hetero y la auto evaluación, pero no incluye otro tipo evaluación, la coevaluacion, fundamental para lograr una completa revisión del desempeño, la visión entre pares aporta invaluable datos que enriquecen todo el proceso.

Calidad, seguridad y profesionalismo son principios que repercuten significativamente en la formación de los estudiantes de Anestesiología. Sin embargo, a veces se olvida considerar que estos aspectos deben existir no solo en residentes, por supuesto también en los profesores para brindar una adecuada formación. Parte de lo que se aprende se hace a través del ejemplo, por lo que se debería implementar procesos de selección más completos y herramientas evaluativas al personal docente en aras de velar por esto. No sólo es importante el alto nivel científico de los

profesores, también hay que reflexionar a cerca de su formación en valores. En este mundo globalizado donde el contexto económico se destaca por la gran competitividad, los modelos de calidad han evolucionado hacia la excelencia en la gestión.

Los sistemas de salud buscan nuevas formas de gestión empresarial para alcanzar la eficiencia económica, mejorar sus ingresos y, en contados casos, la capacitación científica del personal, con el fin de poder ofertar mayores productos. El paciente es un usuario o cliente. Desafortunadamente el objetivo de excelencia y la perspectiva de calidad y gestión en las instituciones, la mayoría de las veces, solo incluye aspectos económicos dejando al azar un punto fundamental, la calidad del personal, sus valores.

Las instituciones, ahora llamadas empresas, se encaminan en la búsqueda de completar un número de especialistas sin importar qué tipo de profesionales son. Estos especialistas son los que se convierten en "docentes" de nuestros estudiantes viéndolos y tratándolos no como colegas en un proceso de enseñanza - aprendizaje en busca del cumplimiento de unas metas y una labor social sino como individuos que colaboran en engrosar la estadística, la productividad y facturación del especialista. También se presenta el caso de especialistas que exigen al residente lo que no poseen o no aportan. Y a pesar de que autores como Borel y Sivanto, señalan "el concepto de gestión de calidad se define como la práctica de la especialidad dentro de una estructura adecuada, con recurso humano idóneo, con procesos definidos, resultados estadísticamente aceptados, que evite la aparición de errores y logre la mayor satisfacción de los pacientes, a un costo razonable (Cordero & López, 2013, p.12), el

punto de personal idóneo queda relegado bajo los intereses económicos institucionales.

Según el Tribunal Nacional de Ética Médica (2012), “para desempeñar a conciencia una profesión, quien la ejerce debe tener una formación moral íntegra. Debe ser una persona honrada, bien formada conceptualmente en su oficio, con un sentido claro de justicia y un marcado afecto por la sociedad en que practica su trabajo. Si la búsqueda del bien es el fin de la actividad moral, la ética social rige toda actividad, profesión y oficio incluyendo la Medicina, la cual obedece, además, a ciertos valores considerados como dignos de seguir”.

Personalmente considero indispensable que los procesos de evaluación le otorguen más valor al profesionalismo. Día a día nos encontramos con colegas que en su diario ejercer no lo demuestran. A pesar de que muchos puedan pensar que hacer énfasis en el profesionalismo puede convertirse en una lucha optimista e infructuosa, firmemente creo que el comportamiento profesional no es negociable y, por procesos laxos de evaluación en esta área existen especialistas que con su erróneo desempeño hacen que nuestro ejercicio se vea hoy en día menospreciado y subvalorado reflejado en la crisis actual. Todo esto sin contemplar el aspecto ético y legal. "El acto médico es un hecho del hombre específicamente capacitado en esta ciencia, que acarrea consecuencias porque se realiza voluntariamente y tiene como “objeto” la vida o la salud de otro hombre (paciente), de manera que el resultado del actuar del médico siempre tendrá que ver con la ley, por incidir sobre un “sujeto de derechos”; por afectar

los derechos de otro hombre que se ha puesto en sus manos" (Tribunal Nacional de Ética Médica, 2012, p.9).

El comportamiento no profesional -en cualquiera de sus componentes- es la causa más frecuente de medidas legales y éticas aplicadas contra los médicos por las Comisiones Médicas. El Tribunal de Nacional de Ética Médica de Colombia, en su revista Gaceta Jurisprudencial, publicó en octubre del año anterior un número especial titulado ANESTESIOLOGÍA donde expone cerca de diez casos de sanciones a colegas por faltas al profesionalismo. Es vergonzoso, y preocupante a la vez, que merezcamos todo un número especial.

Para finalizar, me queda la inquietud de poder investigar qué tipo de impacto ha tenido, en estudiantes y docentes, la aplicación del Mini-CEX en el nuestro servicio de Anestesiología cuando cumpla, como mínimo, un año desde su implementación.

BIBLIOGRAFÍA

Alves A., Van der Vleuten C. (2011). Mini-CEX: una herramienta que integra la observación directa y la devolución constructiva para la evaluación del desempeño profesional. *Revista Argentina de Cardiología*, 79: 531-536.

Bacarat M., Graziano. (2001). ¿Sabemos de qué hablamos cuando usamos el término Competencias?. Historia, sentidos y contextos. *Educación y Cultura*, 58: 48-56.

Cooke M., Irby D., Sullivan W., Ludmerer K. (2006). American Medical Education 100 Years after the Flexner Report. *New England Journal of Medicine*, 355: 1339-44.

Cordero I., López S., Mora I. (2013). La calidad en la formación de los recursos humanos en anestesiología y reanimación. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, 12(1): 12-19.

Epstein R. (2007). Assessment in Medical Education. *New England Journal of Medicine*, 356: 387-96.

Fornells-Vallés J. (2009). El ABC del Mini-CEX. *Revista de la Fundación Educación Médica*, 12 (2): 83-89

Hidalgo R., Gallegos P., Sandoval G., Sempértegui M. (2008). Aprendizaje basado en problemas: un salto de calidad en educación médica. *Equinoccio* 47-68.

Holmboe E. et al. Construct Validity of the MiniClinical Evaluation Exercise (MiniCEX). (2003). *Academic Medicine*, 78: 826-830.

Norcini J., Blank L., Arnold G., Kimball H. (1995). The Mini-CEX (Clinical Evaluation Exercise): A Preliminary Investigation. *Annals of Internal Medicine*, 123: 795-799.

Norcini J. et al. (2003). The Mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Annals of Internal Medicine*, 138: 476-481.

Tribunal Nacional de Ética Médica. *Gaceta Jurisprudencial*. (2012) Número Especial Anestesiología. Recuperado de <http://www.tribunalnacionaldeeticamedica.org>

Weller J., et al. (2009). Mini-clinical evaluation exercise in anaesthesia training. *British Journal of Anaesthesiology*, 102: 633–41